

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 348

---

Travail de la Clinique Oto-Laryngologique  
du Professeur F.-J. COLLET

---

# L'Horaire de la Douleur dans les Sinusites Frontales

---

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

*Le 28 Juin 1933*

PAR

**Benjamin SZPIGELMAN**

Né le 26 Novembre 1908 à VARSOVIE (Pologne)



LYON

**BOSC Frères, M. et L. RIOU**

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1933



**L'HORAIRE DE LA DOULEUR  
DANS LES SINUSITES FRONTALES**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41554205\\_0038](https://archive.org/details/IA41554205_0038)

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 348

---

Travail de la Clinique Oto-Laryngologique  
du Professeur F.-J. COLLET

---

# L'Horaire de la Douleur dans les Sinusites Frontales

---

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

*Le 28 Juin 1933*

PAR

**Benjamin SZPIGELMAN**

Né le 26 Novembre 1908 à VARSOVIE (Pologne)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

---

1933

# PERSONNEL DE LA FACULTE

|                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| Doyen honoraire ..... | M. L. HUGOUNENQ |
| Doyen .....           | M. J. LEPINE    |
| Assesseur .....       | M. A. MOREL     |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLI ET.

## PROFESSEURS

|                                                           |                   |
|-----------------------------------------------------------|-------------------|
| Cliniques médicales .....                                 | MM. PIC           |
| Cliniques chirurgicales .....                             | PAVIOT            |
| Clinique obstétricale et Accouchements .....              | TIXIER            |
| Clinique ophtalmologique .....                            | BERARD            |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....     | VORON             |
| Clinique neurologique et psychiatrique .....              | X. BONNET, agrégé |
| Clinique des maladies des enfants .....                   | chargé de cours   |
| Clinique des maladies des femmes .....                    | NICOLAS           |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....                   | LEPINE (J.)       |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....           | MOURIQUANT        |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie .....      | VILLARD           |
| Clinique et prophylaxie de la tuberculose .....           | COLLET            |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie .....   | GAYET             |
| Chimie biologique et médicale .....                       | NOVE-JOSSERA...   |
| Chimie organique et Toxicologie .....                     | COURMONT          |
| Matière médicale et Botanique .....                       | CLUZET            |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale .....        | FLORENCE          |
| Anatomie .....                                            | MOREL             |
| Histologie .....                                          | MANCEAU           |
| Physiologie .....                                         | GUIART            |
| Pathologie externe .....                                  | LATARJET          |
| Pathologie interne .....                                  | POLICARD          |
| Pathologie et Thérapeutique générales .....               | DOYON             |
| Anatomie pathologique .....                               | LERICHE           |
| Chirurgie opératoire .....                                | FROMENT           |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie ..... | CADE              |
| Médecine légale .....                                     | FAVRE             |
| Hygiène .....                                             | FATEL             |
| Thérapeutique .....                                       | ARLOING (F.)      |
| Pharmacie et Pharmacologie .....                          | EHEIME MARTIN     |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....            | ROCHAIX           |
|                                                           | SAVY              |
|                                                           | LEULIER           |
|                                                           | PIERY             |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                                         |                 |
|---------------------------------------------------------|-----------------|
| Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie ..... | MM. CONDAMIN    |
| Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale .....  | THEVENOT (Léon) |
| Chargé d'un cours d'Embryologie .....                   | NOEL            |

## CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Chirurgie expérimentale ..... | MM. TAVERNIER |
| Stomatologie .....            | PONT          |

## AGREGES

| MM.              | MM.             | MM.         | MM.           |
|------------------|-----------------|-------------|---------------|
| NOGIER           | DUFOURT         | DECHAUME    | MORENAS       |
| RHENTER          | DEVIC           | BERNHEIM    | REBATTU Ch.   |
| MAZEL            | GABRIELLE       | POLLOSSON   | REVOL Ch.     |
| SANTY            | MARTIN (Joseph) | CHAMBON     | ENSELME Ch.   |
| CHALIER (André)  | ROCHET (Ph.)    | CIBERT      | SEDALLIAN Ch. |
| CHALIER (Joseph) | WERTHEIMER      | EPARVIER    |               |
| DUMAS            | GATE            | GUILLEMINET |               |

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COLLET, président; CHALIER J., assesseur,  
J.-F MARTIN et REBATTU

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

En signe d'inaltérable affection.

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F.-J. COLLET

*Professeur de Clinique Oto-Laryngologique  
à la Faculté de Médecine de Lyon.  
Chevalier de la Légion d'Honneur*

qui nous donna le sujet de cette thèse  
et nous fit le grand honneur d'accep-  
ter d'en présider la soutenance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. MOUNIER-KUHN

*Chef de Clinique Oto-Laryngologique  
à la Faculté de Médecine de Lyon.*

qui a bien voulu nous aider toujours  
de ses conseils éclairés. Nous l'en re-  
mercions et lui en garderons une  
profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE LYON

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG

A MES JUGES

## A LA FRANCE

dont la bienveillante hospitalité nous  
a aidé à vivre loin des Nôtres et nous  
fera conserver de nos années d'études  
un sentiment de vive sympathie.

# L'HORAIRE DE LA DOULEUR DANS LES SINUSITES FRONTALES

---

## Introduction

L'horaire de la douleur dans les sinusites frontales ne paraît pas avoir beaucoup préoccupé les rhinologistes. Frappé depuis longtemps de sa régularité M. le Professeur COLLET nous a suggéré l'idée d'en faire le sujet de notre thèse. Nous avons recueilli une série d'observations en compulsant ses registres de ces récentes années, spécialement ceux qui concernent les agents d'une compagnie de chemins de fer, tous particulièrement exposés aux intempéries en raison de la vie extérieure qu'ils mènent en toute saison. Ces observations, de valeur très inégale, il est vrai, nous ont démontré, que les sinusites frontales présentent une crise douloureuse commençant au début de la matinée (ou peu après le lever du malade), augmentant progressivement d'intensité pour devenir ensuite stationnaire et cesser autour de midi, se prolongeant plus rarement pendant la première partie de l'après-midi.

Il y a dans cet horaire de la douleur quelque chose de particulier au sinus frontal, quelque chose de tellement net, que nous avons hésité avant de rassembler les éléments épars de ce travail. Cependant nous n'en

n'avons pas trouvé mention dans les traités français ou étrangers que nous avons parcourus, si ce n'est dans le très récent traité de LOGAN TURNER qui indique ce signe, sans en souligner la fréquence ni en expliquer la pathogénie.

Après un rappel anatomique, nous réunirons, en passant en revue les travaux des rhinologistes contemporains, tout ce qui a été écrit sur les caractères du symptôme *douleur* dans les sinusites frontales. Nous mettrons ensuite en évidence, par une série d'observations, l'horaire fixe de cette douleur, essayerons d'en expliquer la pathogénie et d'en tirer quelques conclusions cliniques et thérapeutiques.

Nous tenons à rappeler tout de suite que c'est à notre Maître, M. le Professeur F.-J. COLLET, que revient le mérite d'avoir le premier attiré l'attention, dans son traité d'Oto-Laryngologie (1928) et tout récemment encore (févr. 1933) à la Société belge d'O.-R.-L., sur cet horaire fixe de la douleur.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici nos respectueux remerciements pour le bienveillant accueil qu'il nous a réservé et pour l'intérêt qu'il a bien voulu accorder à notre travail, en nous donnant toutes les indications bibliographiques nécessaires pour développer notre sujet et en nous ouvrant largement ses registres d'observation.

## Rappel anatomique

Notre intention n'est pas de faire ici une étude anatomique complète du sinus frontal, mais simplement d'en rappeler les grandes lignes et de souligner quelques particularités dont la connaissance pourra être utile au cours de l'étude pathogénique.

Les sinus frontaux sont des cavités paires, développées dans un dédoublement de l'os frontal, séparées par une cloison verticale presque toujours complète, mais souvent déviée à sa partie supérieure ; l'asymétrie des cavités est ici la règle. L'extension du sinus est très variable ; on évalue à 4-5 cc. la capacité de chaque sinus ; il y a des *grands sinus* se prolongeant jusqu'à l'apophyse orbitaire externe, et en arrière, jusqu'à la partie postérieure de l'orbite, ce qui explique certains points de la symptomatologie ; il y a des *petits sinus*, plus fréquemment observés chez la femme, qui ne dépassent pas le volume d'un pois et qu'on peut découvrir dans l'angle supéro-interne de l'orbite ; enfin, ces anomalies ne sont pas comparables d'un côté et de l'autre. De plus, des ébauches de cloisons osseuses sont susceptibles d'isoler de nombreux recessus.

Comparable à une pyramide, chaque sinus frontal présente :

*Une paroi antérieure ou frontale, d'accès facile, mais souvent très épaisse, surtout dans les petits sinus ;*

*Une paroi postéro-supérieure ou cranienne*, en rapport avec les méninges, l'origine du sinus longitudinal supérieur et l'extrémité antérieure du lobe frontal. Elle est fort mince et ses rapports expliquent les graves complications possibles de la sinusite frontale ;

*Une paroi interne* qui correspond à la cloison intersinusale et dont les perforations congénitales ou pathologiques expliquent certains cas de sinusite frontale double ;

*Une paroi inférieure* ou base de la pyramide, appelée encore plancher du sinus ; elle est *orbitaire* dans sa partie externe et *nasale* dans sa partie interne. Les rapports avec l'orbite nous expliquent les complications orbitaires. Même quand le sinus est exigü, on est toujours sûr de le trouver à cette place (SIEUR et JACOB) et c'est par là qu'il faut aborder les petits sinus. La partie interne du plancher est en rapport avec les cellules ethmoïdales qui viennent quelquefois y faire saillie comme autant de bosselures ; enfin, c'est à son niveau que débouche le canal frontal.

Le *canal frontal* ou fronto-nasal a son orifice supérieur près de la cloison intersinusale ; de là il descend obliquement en arrière pour déboucher à la partie supérieure de l'hiatus semi-lunaire (dans le méat moyen) où s'ouvrent également l'ostium maxillaire et quelques cellules ethmoïdales : on explique ainsi la coexistence fréquente de la sinusite frontale avec la sinusite maxillaire (sinusite fronto-maxillaire) ou avec l'ethmoïdite antérieure. Le canal fronto-nasal a 1 cm.-1 cm. 1/2 de longueur ; quant à son diamètre il est très variable, suivant que sont atrophiées ou au contraire très déve-

loppées les cellules ethmoïdales antérieures entre lesquelles il chemine, qui l'étranglent en quelque sorte et rendent son calibre irrégulier ; pour peu qu'un gonflement inflammatoire accidentel (*coryza*) vienne surajouter ses effets à ceux de cette condition anatomique défavorable, l'occlusion est constituée avec ses conséquences (douleurs et rétention) ; c'est l'origine de la sinusite.

Asymétrie, dimensions variables, prolongements parfois très développés, récessus par cloisonnement incomplet, communication étroite et irrégulière avec les fosses nasales aboutissant à un carrefour où s'aboutissent aussi d'autres orifices sinusaux également susceptibles d'inflammation, voilà donc ce qu'il importe de retenir de l'anatomie du sinus frontal dans les cas même les plus normaux. Par contre une circonstance anatomique est nettement favorable ; c'est la *situation déclive* du canal naso-frontal sur le plancher du sinus ; l'écoulement des sécrétions pathologiques en est plus aisément assuré, ce qui explique la fréquente guérison spontanée des antrites frontales, sans intervention, de même que l'étroitesse de ce canal explique leurs fréquentes récidives.

Le sinus frontal est tapissé d'une muqueuse, invagination de la pituitaire, peu adhérente au plan osseux sous-jacent et remarquable par la présence de glandes à mucus qui donnent la sécrétion normale : leur hypertrophie est susceptible de donner naissance à des kystes ou des mucocèles.



## Rappel clinique avec mention particulière des caractères de la douleur dans les sinusites frontales

Nous tenons à expliquer ici les conditions d'apparition des sinusites frontales et les caractères du symptôme principal, la douleur.

Le *coryza*, le *coryza grippal* surtout, la pneumonie, la propagation d'une sinusite maxillaire, telles sont les principales causes de la sinusite frontale. Il existe des cas de sinusite frontale aiguë à méningocoques. Le malade atteint de sinusite frontale vient toujours consulter pour la céphalée frontale. Il importe donc de connaître les caractères de cette douleur qui, survenant dans les conditions étiologiques de la sinusite, constitue un élément de premier ordre pour le diagnostic. Bien que le but de notre thèse soit de souligner l'importance de l'horaire fixe caractéristique de cette douleur, nous n'en estimons pas moins la part respective de ses autres caractères. Pour plus de clarté, et afin que le lecteur puisse avoir une idée générale de la question sans se rapporter nécessairement à la bibliographie, nous exposerons ces caractères et d'autres manifestations moins constantes par des emprunts faits à différents auteurs. Notons que quelques-uns de ces

auteurs parlent de l'intermittence et d'une périodicité de la douleur sans toutefois en indiquer l'horaire.

Voici les considérations des rhinologistes par ordre chronologique d'apparition de leurs traités.

LERMOYEZ insiste sur le siège des douleurs et leur intermittence, car, dit-il : « momentanément elles se calment quand le malade mouche des masses muco-purulentes, vidant ainsi son sinus ».

CASTEX, parlant des symptômes de la sinusite frontale, dit : « Ce sont d'abord des douleurs gravatives, siégeant au niveau du sinus, à la racine du nez, dans l'orbite, ou dans toute la moitié correspondante de la face. Elles augmentent si le malade incline la tête en avant ou sur ses côtés, s'il se mouche ou éternue, si on pratique une percussion, même légère, sur la paroi antérieure du sinus (Gradenigo). »

Il peut exister au niveau du sinus infecté une tuméfaction douloureuse à la pression. Suivant la remarque de PITIOT, ces crises douloureuses se terminent par un abondant écoulement nasal muqueux ou muco-purulent. Le sinus s'est débarrassé du trop-plein de son contenu, en forçant le canal fronto-nasal souvent obstrué de fongosités ou de sécrétions desséchées; le malade est pour un temps soulagé. Ces manifestations douloureuses sont plus ou moins marquées, suivant le cas. Exceptionnellement elles passent inaperçues.

La présence du pneumocoque semble indiquer une bénignité relative de la maladie (LUC).

LANNOIS indique les douleurs accrues par la pression et la percussion.

Il signale des variations de la douleur, suivant le

changement de position, et quelquefois une périodicité qui fait songer à la névralgie ; cependant, il ne mentionne pas l'heure.

LAURENS fait allusion à des douleurs faciales violentes, apparues brusquement, unilatérales ou symétriques, siégeant au niveau de la région frontale ou de la joue. Ces douleurs sont atroces, irradiées aux dents, à la face, dans toute la tête et, caractère important, elles sont périodiques. Elles apparaissent souvent à une heure déterminée de la journée pour disparaître quelques heures plus tard.

MOURE et BRINDEL parlent d'une douleur très accusée dans la région frontale. Le malade éprouve une tension toute spéciale près de la racine du nez, de la céphalée gravative, de la fatigue générale, souvent un peu de fièvre. Les mouvements de la tête réveillent la douleur.

GAREL ne fait aucune allusion à l'horaire de la douleur.

KÖRNER insiste sur la localisation sus-orbitaire de la douleur dans la sinusite frontale et maxillaire. La sensibilité à la pression existe au niveau du sinus atteint, mais *peut aussi manquer*. Les douleurs sont surtout atroces quand la muqueuse nasale enflée obstrue complètement le canal naso-frontal et persistent alors jusqu'au moment, où la sécrétion pathologique accumulée dans le sinus trouve la possibilité de s'évacuer par le nez. La sécrétion est généralement séreuse au début, puis muqueuse ou muco-purulente, moins souvent franchement purulente.

Ces douleurs localisées à la région du sinus frontal

donnent facilement lieu à une confusion avec la névralgie sus-orbitaire, d'autant plus que la douleur de la sinusite est, tout comme dans la névralgie, intermittente et peut se répéter quotidiennement à la même heure. Si la sensibilité à la pression est limitée au territoire du nerf ou à son point d'émergence, il faut penser à la névralgie, notamment si par ailleurs rien ne parle pour une sinusite. Si la douleur est supprimée par l'ingestion de 0,5 gr. à 1 gr. de quinine cinq heures avant le moment habituel de l'accès, cela confirme de même la névralgie. Un épaissement périostique dans la région sus-orbitaire douloureuse indique une sinusite frontale.

ESCAT signale la douleur de la région frontale, spontanée et à la pression. Il n'est pas question de l'horaire dans son traité.

DENKER et BRÜNNINGS exposent les caractères de la douleur dans la sinusite frontale en ces termes :

« Le plus caractéristique des symptômes subjectifs est la douleur dans la région frontale ; elle est surtout violente quand l'élimination des sécrétions est gênée ou supprimée par une dilatation marquée de la muqueuse du canal naso-frontal. Pour le diagnostic différentiel entre la douleur de la sinusite frontale et celle de la névralgie on retiendra le signe suivant : La névralgie se manifeste par paroxysmes, la douleur de la sinusite frontale débute lentement pour s'accroître progressivement jusqu'à devenir très violente. Dans la névralgie on constate une grande sensibilité à la pression au *foramen supra-orbitale*, dans la sinusite frontale c'est surtout au plancher du sinus et à sa paroi an-

térieure. Une pression prolongée atténuant la douleur névralgique, fait au contraire augmenter la douleur de la sinusite. L'absorption d'alcool et *l'application chaude accentuent les douleurs de la sinusite frontale*, qui sont calmées par le traitement antiphlogistique. »

Nous faisons remarquer que la notion soulignée plus haut est contradictoire, avec les données récentes, M. le Professeur COLLET ayant expliqué et prouvé l'action sédative remarquable des applications externes chaudes dans les douleurs de la sinusite frontale.

THOMSON signale les douleurs dans la région frontale au cours d'un coryza, spontanées et à la pression. Elles s'atténuent après le mouchage de la sécrétion muco-purulente quelquefois teintée de sang.

LAURENS, AUBRY et LEMARIEY indiquent que les douleurs au niveau du sinus frontal présentent des paroxysmes périodiques intolérables au moment où la tension croissante du pus parvient à forcer l'orifice sinusal. Ces « coliques frontales » réapparaissent à heure fixe, débutent souvent dans la matinée et persistent pendant plusieurs heures, s'accompagnent de photophobie et laissent après elles un endolorissement de la région.

TURNER décrit l'inflammation aiguë du sinus frontal en ces termes :

« Au cours d'un coryza : sensation de plénitude, de tension dans la surface correspondante à la cavité intéressée, aggravée par la déclivité de la tête, la toux, les efforts et sensibilité à la pression. Dans les cas plus sévères la sensation de tension est remplacée par une

douleur aiguë. La douleur sus-orbitaire est souvent sévère et associée à la douleur oculaire. »

Il signale une douleur spéciale, caractéristique, qui commence dans les premières heures de la matinée et augmente progressivement jusqu'à midi, ou une heure plus rarement, pour s'atténuer l'après-midi.

En résumé, la plupart des auteurs parlent d'une douleur spontanée ou à la pression ; atroce au maximum quand le pus sous tension ne trouve pas d'issue par le canal fronto-nasal obstrué ; augmentée par le changement de position, les mouvements de la tête, secousses de toux ou éternuement ; intermittente, s'atténuant après le mouchage de la sécrétion pathologique. Quelques-uns signalent une périodicité de la douleur qui donne facilement lieu à une confusion avec la névralgie sus-orbitaire, cette douleur survenant par paroxysmes et pouvant se répéter quotidiennement à la même heure. Il n'y a, dans ces traités, aucune mention de l'horaire caractéristique de la douleur frontale en rapport avec le lever du malade, signe pourtant fréquent, très net et particulier à la sinusite frontale, que nous mettrons en évidence par les observations qui suivent et les considérations sur sa pathogénie.

## Observations et déductions cliniques

Toutes nos observations sont extraites des registres de la Clinique Oto-Laryngologique de Lyon.

Les observations du premier groupe (I-IX) n'offrent quant au diagnostic qu'un caractère de probabilité ; il s'agit de sujets éprouvant dans l'une des régions frontales de violentes douleurs, quelques jours après la grippe ou après un coryza plus ou moins violent.

Le groupe suivant (X-XX), surtout les dernières observations, présente par contre un caractère de forte présomption et non plus simplement de probabilité en faveur de la sinusite frontale, puisqu'il ne s'agit plus simplement de coryza, mais de douleur limitée, provoquée par la pression du plancher du sinus frontal, ou d'obscurité très nette à la diaphanoscopie.

Un troisième groupe comporte quelques observations (XXI-XXIII) où la sinusite frontale a été démontrée par la trépanation.

Par contre nous rapportons une série de cas (obs. XXIV-XXXIII) où la crise matinale n'existait pas et où le diagnostic de sinusite frontale pouvait être éliminé.

### OBSERVATION I

Chaf..., 33 ans, homme d'équipe, venu consulter le 5 octobre 1927 pour une céphalée frontale survenant le matin avec obstruction nasale. Pus et polypes du nez à la rhinoscopie.

## OBSERVATION II

Fil... J.-Cl., 30 ans, magasinier, venu consulter le 29 février 1928 ; depuis trois semaines, après un coryza, douleurs frontales de 8 heures à 13 heures.

## OBSERVATION III

Po..., 39 ans, chef distributeur, venu consulter le 14 mars 1928. Après grippe et coryza, violentes douleurs frontales de 8 à 12 heures, puis à 3 heures.

## OBSERVATION IV

Pal... Eugène, 44 ans, venu le 28 mars 1928 ; après un coryza, douleurs au lever et plus récemment de 9 heures à 3 heures.

## OBSERVATION V

Cha... J., 33 ans, manœuvre, venu le 17 octobre 1928 ; douleurs de la région frontale droite, de 8 heures à 12 heures, après coryza.

## OBSERVATION VI

Des... J., 30 ans, venu consulter le 8 avril 1930. pour douleurs frontales le matin et épistaxis.

### OBSERVATION VII

Nag..., aiguilleur, 54 ans, venu consulter le 4 février 1931 pour céphalées frontales depuis trois semaines, après une grippe ; douleurs après le lever, pas l'après-midi.

### OBSERVATION VIII

Ach... Joseph, 31 ans, venu consulter le 18 février 1931 ; grippe il y a 15 jours : douleurs frontales et à la nuque à 9 heures du matin, se lève à 8 heures.

### OBSERVATION IX

Lob..., 32 ans, ouvrier à Oullins, venu consulter le 11 janvier 1933 pour douleurs frontales droites survenant à 8 h. 1/2 tous les matins et cela depuis cinq jours (il se lève à 6 heures) : l'aspirine le soulage au bout d'une demi-heure ; quand il n'en prend pas, il souffre encore à dix heures. Mouchage abondant. Déviation haute de la cloison nasale à droite.

### OBSERVATION X

Reg... Cl., 33 ans, wagonnier, céphalée frontale droite à partir de 10 heures du matin, se lève à 8 heures. Douleur vive à la pression du plancher du sinus.

### OBSERVATION XI

Br... Jos., 40 ans, sous-chef de manutention à Bourg, venu consulter le 15 février 1933. Depuis un an éprouve l'hiver à plusieurs reprises des douleurs de la région frontale droite, durant 4 à 6 jours, entre 8 et 11 heures du matin. La pression sur le plancher du sinus est douloureuse ; de plus les paroxysmes douloureux s'accompagnent d'obstruction de la narine droite avec larmolement à droite, qui brouille la vue ; à la diaphanoscopie : sinus clairs et pupilles visibles.

### OBSERVATION XII

Jos..., 31 ans, manœuvre à la Guillotière, venu consulter le 25 mars 1931 ; depuis 10 jours souffre des deux sinus frontaux de 9 heures à 4 heures, se lève à 8 heures ; douleur à la pression du plancher.

### OBSERVATION XIII

Co..., 25 ans, depuis huit jours douleurs du sinus frontal droit à 10 heures du matin et quelquefois à 5 heures du soir ; le cornet moyen droit est un peu gros et le méat moyen droit encombré de sécrétions muco-purulentes.

### OBSERVATIONS XIV

Gay... André, 33 ans, obs. 320, électricien à la Guillotière. Coryza aigu il y a deux mois : céphalée fron-

talé gauche il y a deux mois. A la rhinoscopie : mucosités. La *céphalée frontale* apparaît à 9 heures pour se terminer à 16 heures. Légère douleur à la pression sur le plafond orbitaire.

Diaphanoscopie. Sinus frontal droit clair, sinus frontal gauche sombre, les deux sinus maxillaires s'éclairent de façon également médiocre : mais les croissants sous-orbitaires sont conservés. Application d'une vessie d'eau chaude ; inhalations mentholées ; 0 gr. 50 de bromhydrate de quinine. N'est pas revenu à la visite.

#### OBSERVATION XV

Jea... Roger, 31 ans, obs. 327, rectificateur à Oulins. Vient à la consultation le 4 mars 1931 pour *céphalée frontale gauche débutant à 8 heures du matin, cessant un peu après midi.*

Rhinoscopie : volumineux cornet moyen gauche, polypoïde, comblant tout le méat inférieur gauche, descendant jusqu'au plancher de la fosse nasale.

Diaphanoscopie : sinus frontal droit clair, sinus frontal gauche sombre ; sinus maxillaire droit clair, sinus maxillaire gauche sombre, léger épiphora gauche.

Le 5 mars, ablation du cornet moyen gauche : il ne présente pas l'aspect de la dégénérescence pneumatique typique ; il est occupé par des cellules osseuses de dimensions moyennes ; vers sa partie supérieure il contient du pus et des polypes. N'est pas revenu à la visite.

## OBSERVATION XVI

Put... Edouard, 32 ans, obs. 535, homme d'équipe à Chalon-sur-Saône.

Depuis trois mois, coryza chronique bilatéral avec prédominance à gauche ; céphalée frontale gauche depuis la même date. Odorat perdu depuis deux mois. Pas de pus dans les deux méats moyens. Cornet moyen droit hypertrophié.

Diaphanoscopie : sinus frontal droit clair ; sinus frontal gauche assez obscur ; par contre le sinus maxillaire gauche est clair, alors que le droit est légèrement voilé.

*Commence à souffrir à 5 heures du matin : or, ce malade, une semaine sur trois, se lève à 3 heures du matin, une semaine travaille de 8 heures du soir à 4 heures du matin ; or, il souffre surtout le matin la première de ces semaines.*

## OBSERVATION XVII

Gro... Joannès, 42 ans, obs. 540, chauffeur de route à Lyon-Perrache. Vient à la consultation le 9 novembre 1932. Souffre depuis 15 jours de céphalée frontale gauche avec forte aggravation depuis trois jours. La douleur débute à 6 h. 1/2 ou 7 heures du matin et finit vers 16 heures. *Le maximum est de 7 h. à 13 heures.*

Diaphanoscopie : sinus frontal droit sombre, sinus frontal gauche très sombre ; sinus maxillaires clairs.

Une injection de novocaïne à 1/100 dans le nerf sus-

orbitaire gauche atténue beaucoup la douleur, mais la pression sur le plancher du sinus frontal demeure sensible. Le 17 novembre même traitement ; la pression sur le nerf demeure indolore, sur le plancher du sinus elle provoque une légère douleur.

### OBSERVATION XVIII

Pi... Raymond, 29 ans, obs. 552, manœuvre au magasin général, vient consulter le 6 décembre 1932 pour des douleurs frontales à gauche. Levé à 7 heures il souffre depuis 8 h. 1/2 jusqu'à 9 h. 1/2 ou 10 heures.

Rhinoscopie : déviation angulaire de la cloison nasale à gauche, gênant beaucoup l'inspection de la partie haute de la fosse nasale.

Diaphanoscopie : sinus frontal et maxillaire gauches beaucoup moins clairs qu'à droite. Tentative infructueuse de résection sous-muqueuse de la cloison ; en raison de la minceur de la muqueuse, le clivage n'est possible ni à droite, ni à gauche ; on doit se contenter d'enlever l'épine à la scie.

Le 4 janvier 1933, douleur à la pression du sinus frontal gauche. *Levé à 7 heures le malade souffre une bonne heure à partir de 8 h. 1/2 du matin ; de plus il a quelquefois des lancées dans la journée vers 5 heures du soir ; sinus frontal gauche moins clair et sinus maxillaire un peu moins clair que le droit, bien que toutefois le croissant sous-orbitaire soit conservé.*

## OBSERVATION XIX

Mir... Léon, 30 ans, ouvrier dans une fabrique de produits chimiques, entre dans le service le 6 février 1933 avec le diagnostic de sinusite frontale droite. Depuis six jours il éprouve une céphalée intolérable droite avec névralgie du nerf sous-orbitaire. Il mouche un peu mais crache du pus. Il a de plus des furoncles de la nuque depuis une semaine. Température à l'entrée, 38°. *Levé à 3 heures du matin* il prend son travail à 4 heures et commence à souffrir *vers 6 ou 7 heures*. Depuis qu'il est dans le service, l'horaire de la douleur s'est modifié: il souffre dès son réveil, qu'il se lève ou reste couché. Le 9 février la température varie entre 37°6 et 38°4. Pas de pus à la rhinoscopie antérieure. A la diaphanoscopie le sinus frontal droit est un peu moins clair que le gauche. La radiographie montre le sinus frontal droit et le maxillaire droit obscurs avec participation de l'ethmoïde. Douleur à la pression sur le plancher du sinus et sur le nerf sus-orbitaire. Une injection de novocaïne à 1/100 dans le nerf sus-orbitaire n'amenait qu'une sédation transitoire des douleurs. La diaphanoscopie a montré au bout de quelques jours une opacité du sinus frontal droit beaucoup plus nette qu'au début. La ponction diamétrique du sinus maxillaire droit donne issue à du muco-pus en flocons. L'ablation de la tête du cornet moyen amène la suppression des douleurs dès le lendemain. Elles n'ont pas reparu depuis.

## OBSERVATION XX

Gr... Antoine, 37 ans, obs. 96, chef de brigade à Oullins. Vient consulter le 31 octobre 1928 pour des douleurs dans la région du sinus frontal après un coryza : cet accident se renouvelle assez souvent. Souffre *de 8 heures à 10 heures du matin*, quelquefois plus tard. Le malade fait remarquer que le sinus frontal droit est plus saillant que le gauche et que son plancher bombe légèrement dans l'orbite. L'hypothèse d'une mucocèle infectée ou non peut être émise. Résultats de la diaphanoscopie imprécis.

## OBSERVATION XXI

Lé... Albert, 39 ans, brigadier poseur à Montbéliard, envoyé à la consultation le 22 octobre 1924 avec le diagnostic : « sinusite frontale gauche avec recrudescences justiciable de cure radicale ». Levé à 6 heures, souffre *de 8 heures à 12 heures* et mouche alors un peu de pus. Le 28, opéré par le professeur COLLET à St-Pothin, de sinusite frontale. Guéri sans autre trouble qu'une diplopie persistante.

## OBSERVATION XXII

Cham... René, 28 ans, obs. 105, forgeron à St-Jean-de-Maurienne, vient consulter le 14 mars 1928 pour des douleurs du sinus frontal droit durant depuis un mois, *débutant à 8 heures du matin et durant jusqu'à*

*midi*, ou plus. Pas de pus. Traumatisé en août dernier aurait souffert huit jours. Pas de grippe et récidive il y a un mois ; souffre à la pression du plancher du sinus frontal droit.

Revient le 5 décembre 1928 pour des douleurs vers le sinus frontal droit. Elles ont débuté, dit-il, il y a 3 ans et surviennent par crises durant plusieurs jours. Elles apparaissent à 9 heures ou 10 heures du matin. Rhinoscopie : pas de pus dans les fosses nasales. Diaphanoscopie : obscurité du sinus frontal droit. Radiographie : le sinus frontal droit est gris surtout à sa partie inférieure.

Intervention le 6 décembre sous anesthésie au mélange de Billroth. Trépanation du sinus dans la région orbitaire, ultérieurement agrandie au delà de l'arcade : le sinus n'est pas grand ; on constate quelques fongosités œdémateuses, spécialement vers l'infundibulum nasal ; contre-ouverture nasale à la curette et à la pince de Luc dans les tissus osseux friables et ramollis. Réunion par première intention après application d'une mèche de gaze par la fosse nasale droite.

17 décembre. Les fils ont été enlevés il y a peu de jours. Disparition des douleurs. Mouche normalement.

### OBSERVATION XXIII

Bour... Albert, 42 ans, commerçant, hospitalisé à l'Hôtel-Dieu pour une bronchite suspecte de tuberculose, entre dans le service du professeur COLLET le 30 novembre 1932, se plaignant de vives douleurs frontales à gauche. Il a eu, en 1918, aux armées, une

sinusite fronto-maxillaire gauche, traitée par la trépanation du sinus maxillaire. L'écoulement nasal a persisté. En août 1931 douleurs frontales violentes, avec cris et délire, ayant duré trois jours ; ces douleurs furent améliorées par la ponction du sinus maxillaire gauche.

Depuis 15 jours nouvelle poussée aiguë avec céphalée frontale gauche localisée au-dessus du rebord orbitaire et brouillard de l'œil gauche. L'acuité visuelle de O. D. est de  $\frac{2}{3}$ , celle de O. G. de  $\frac{1}{6}$  seulement, mais la correction d'un défaut de réfraction la ramène à  $\frac{1}{2}$ . Fond d'œil normal, pupilles normales.

Levé vers 7 h.  $\frac{1}{2}$ , le malade *souffre à partir de 9 heures* et pendant deux heures avec des élancements très pénibles exactement au-dessus de l'œil gauche : il lui semble que l'œil « va sortir ». Il se recouche vers midi et demi jusqu'à deux heures et demie ; les douleurs reprennent vers 5 heures et durent une heure et demie ou deux. La nuit, dès qu'il est couché au chaud, après avoir absorbé une boisson chaude, les douleurs s'atténuent.

Une ponction diamétrique pratiquée lors de l'entrée n'a ramené que du sang, mais du pus s'est écoulé pendant les 24 heures suivantes et la céphalée a diminué après cette ponction-lavage. Les sinus maxillaires sont un peu obscurs à la diaphanoscopie, mais s'éclaircissent également, les sinus frontaux aussi. Pas de pus dans le méat moyen, l'orifice de drainage nasal du sinus maxillaire gauche est très étroit : il est vraisemblable que la ponction-lavage du sinus maxillaire en débarrassant le méat moyen encombré a permis l'écoulement plus facile des sécrétions du sinus frontal.

Le 7 décembre, ablation du cornet inférieur et cornet moyen gauche.

Le 22 décembre, les douleurs n'ayant été soulagées que temporairement et incomplètement, trépanation du sinus frontal gauche sous anesthésie générale après injection locale de sérum adrénaliné. Très grand sinus avec peu de pus, mais beaucoup de fongosités : large drainage fronto-nasal. Des fongosités ont été inoculées au cobaye.

Le malade a quitté prématurément le service pour reprendre à l'Hôtel-Dieu le traitement général interrompu ; nous l'avons revu plusieurs fois en janvier et au début de février : la plaie s'est rapidement refermée, les douleurs ont cessé, mais il y a un œdème persistant de la paupière supérieure gauche, bien que le cathétérisme du sinus soit aisé et que le lavage ne ramène pas de pus. Le 12 février cet œdème a à peu près disparu.

#### OBSERVATION XXIV

Bru..., venu consulter le 11 janvier 1933 pour névralgie frontale droite durant depuis huit jours, après un coryza : mouche beaucoup mais ne souffre pas le matin. Douleur provoquée par la pression sur le nerf sus-orbitaire plutôt que par la pression sur le plancher du sinus.

#### OBSERVATION XXV

Eti... venu consulter le 28 janvier 1933. Souffre le soir quand il est allongé : la pression sur le nerf sous-

orbitaire provoque une vive douleur, pas de douleur du sinus frontal.

#### OBSERVATION XXVI

Mme Foin..., 45 ans, employée dans les bureaux d'Oullins, se plaint de vives douleurs dans la tête durant depuis longtemps ; coryza récent ; mouche et souffre davantage depuis, sans préciser le côté. Levée à 5 h. 1/2 ne souffre pas le matin, mais seulement l'après-midi. La pression sur le plancher du sinus frontal n'est pas douloureuse, la pression sur le nerf sus-orbitaire est douloureuse. Sinus frontal et maxillaire un peu moins clairs.

#### OBSERVATION XXVII

Frac..., 35 ans, conducteur, venu consulter le 1<sup>er</sup> février 1933. Depuis la grippe (15 jours) douleurs au-dessus de l'œil gauche, plutôt la nuit. Pas de douleur à la pression sur le plancher du sinus frontal. Déviation de la cloison à gauche. Sinus frontaux et maxillaires clairs.

#### OBSERVATION XXVIII

Mme Perr..., 25 ans, infirmière, venue consulter le 25 janvier 1933. Coryzas fréquents depuis plus d'un an avec douleurs frontales à droite et à gauche ; souffre

l'après-midi et quand elle se baisse. Petit polype de la fosse nasale droite ; sinus frontaux et maxillaires clairs.

#### OBSERVATION XXIX

Rou... Claude, 28 ans, facteur aux écritures à la Guillotière, venu consulter le 25 janvier 1933. Depuis longtemps douleurs vers le sinus frontal gauche survenant à 9 heures et demie et durant jusqu'au soir. En somme toute la journée, tous les ans en février. Le plancher du sinus est sensible, le nerf sus-orbitaire aussi. Sinus frontaux clairs, sinus maxillaire gauche sombre.

#### OBSERVATION XXX

Ros... Félix, 39 ans, employé principal à l'exploitation ; grippe récente, douleur frontale provoquée par la toux, surtout la nuit. Pas de douleur à la pression sur le plancher du sinus, ni sur le nerf sus-orbitaire.

#### OBSERVATION XXXI

Bou... Jules, 33 ans, magasinier, venu consulter le 15 février 1933 pour des douleurs sous l'œil droit durant depuis 15 jours et survenues après une attaque de grippe. Elles sont constantes, le mouchage est abon-

dant. La pression sur le sinus frontal droit n'est pas douloureuse, la pression sur le sinus maxillaire droit est douloureuse. A la diaphanoscopie les sinus frontaux sont clairs, les sinus maxillaires douteux.

### OBSERVATION XXXII

Lacré... venu consulter le 16 mars 1932. Depuis la grippe se plaint d'une douleur péri-orbitaire droite de 3 heures du matin à 10 heures. Polypes des fosses nasales.

### OBSERVATION XXXIII

Baru... Charles, 29 ans, obs. 606, facteur, venu consulter le 3 mai 1933.

Céphalée frontale droite et écoulement nasal prédominant en 1928. Durée 1 mois environ.

Nouvelle poussée en nov. 1928, de durée de 15 jours. Depuis a été très amélioré jusqu'à période actuelle, où il a repris depuis 15 jours des céphalées frontales à gauche. Se lève à 6 ou 7 heures du matin, douleur dès le lever, augmentant progressivement et durant jusqu'au coucher.

Diaphanoscopie : S. F. D. clair ; S. F. G. sombre ; S. M. clairs.

A gauche, le plancher du sinus et le nerf sus-orbitaire sont douloureux ; la paroi antérieure aussi.

En résumé, au cours d'une sinusite, soit aiguë, soit réchauffée, on peut souvent observer un type très particulier de douleurs paroxystiques qui commencent au début de la matinée (une heure ou plus après le lever du malade), augmentent progressivement pour atteindre leur maximum peu avant midi et s'atténuent ensuite, se prolongeant plus rarement pendant la première partie de l'après-midi. Il y a des observations de malades qui souffrent à d'autres heures de la journée ; c'est le cas des ouvriers qui travaillent la nuit, dorment dans la journée et ne se lèvent qu'à 4 heures de l'après-midi, ou qui se lèvent à 3 heures du matin pour prendre leur travail à 4 heures. Les premiers souffrent le soir, les autres vers 6 heures ou 7 heures du matin ; dans les deux cas la crise douloureuse a lieu en effet quelques heures après le lever.

Cet horaire caractéristique de la douleur frontale qui est en rapport évident avec le lever du malade ne s'observe que dans la sinusite *frontale* et constitue par conséquent un symptôme net, et très particulier à cette affection.

La singularité de ce fait, signalée à la Société belge d'O.-R.-L. par notre Maître, M. le Professeur COLLET, est confirmée par les rhinologistes DELIE, HEYNINX et HICGUET dans la discussion qui suivit sa communication.

HEYNINX rapporte un cas de sinusite frontale chez un ouvrier boulanger, qui travaillait la nuit, dormait le jour, et ne se levait qu'à 4 heures de l'après-midi. Ce malade souffrait au maximum le soir, quelques heures après le lever.

HICGUET accorde une grande importance à ce symptôme qui lui fut déjà enseigné par HAJEK en 1906, mais il ne l'a trouvé signalée dans aucun autre auteur. Il confirme lui aussi que l'horaire en rapport avec le lever est typique des sinusites frontales, mais signale aussi l'existence, dans certains cas, d'un maximum de la douleur à 11 heures du matin, horaire fixe qui ne dépend pas du lever. Il ne s'explique pas la pathogénie de ces cas où la douleur se comporte comme si elle avait une personnalité propre et la notion de l'heure.



## Pathogénie et déductions thérapeutiques

Ainsi donc, au cours d'une sinusite frontale, soit aiguë, soit réchauffée, on peut observer un type très particulier de douleurs paroxystiques débutant vers 9 heures du matin et occupant toute la matinée, se prolongeant plus rarement au delà. Quelle en est la pathogénie ? Il n'y a pas de doute que cet exacerbation concorde avec une hypersécrétion dans la cavité sinusale, certains malades ayant à ce moment un mouchage particulièrement abondant : nous en avons eu d'ailleurs récemment la preuve directe chez une malade déjà opérée et présentant encore une fistule qu'on voyait se tendre et donner issue à une gouttelette de pus pendant ce paroxysme douloureux. Mais pourquoi cet horaire de prédilection ? Nous croyons qu'il est en rapport avec le lever dans la plupart des cas et nous pensons qu'il y a à envisager deux facteurs dont il est difficile de faire la part respective, à savoir le passage de la position déclive à la position verticale et la vasoconstriction cutanée produite par le froid extérieur et particulièrement par le refroidissement plantaire. Le second de ces facteurs nous explique l'accès matutinal d'hydrorrhée avec éternuements chez les personnes qui y sont sujettes : à la vasoconstriction cutanée correspond, par un phénomène bien connu, une vasodilata-

tion profonde et spécialement la vasodilatation réflexe de la muqueuse des fosses nasales avec hyperfonctionnement de ses glandes séro-muqueuses. Il est possible, qu'il y ait sous la même influence une hypersécrétion des glandes à mucus encore conservées dans le sinus frontal malade. On voudra bien remarquer que nous avons surtout étudié l'horaire de la douleur dans un certain nombre de sinusites frontales muco-purulentes où l'appareil glandulaire était encore conservé et d'ailleurs, même dans les sinusites purulentes, l'appareil sécréteur de mucus, noyé sous le pus sécrété en surface, n'est pas détruit : n'en a-t-on pas la preuve en pratiquant les ponctions-lavages diaméatiques au cours de la sinusite maxillaire où l'on voit, du moins dans les cas qui doivent guérir, le peloton purulent devenir de plus en plus filant au fur et à mesure de l'amélioration, témoignant ainsi que la sécrétion des glandes à mucus reprend le dessus ?

En même temps, par suite du passage de la tête de la position déclive à la position verticale, le pus vient peser sur l'orifice supérieur du canal fronto-nasal, ce canal étroit, sinueux, déjà rétréci par la turgescence d'une muqueuse enflammée ; il en détermine la vasodilatation et l'occlusion ; le pus ou le muco-pus est enfermé sous tension dans cette cavité osseuse inextensible, d'où il ne peut s'écouler en quelque sorte qu'à la filière : le blocage est effectué. Cette violente crise paroxystique, cette sorte de « colique frontale », dure ainsi deux heures, trois heures, rarement plus, se terminant par un mouchage d'abondance variable, auquel d'ailleurs peuvent concourir les autres points de

la muqueuse des fosses nasales ou de leurs annexes, après quoi la crise cesse, soit par épuisement nerveux, soit par changement du régime vaso-moteur local, amené par la marche, le mouvement, le travail musculaire, la chaleur, etc..., ainsi que cela s'observe par analogie dans l'étranglement de la pulpe dentaire.

Il est à remarquer que l'influence du lever n'est pas immédiate ici, comme dans l'hydrorrhée nasale, mais demande une heure ou plus pour amener son résultat, peut-être en raison de la consistance plus épaisse de l'exsudat et ce serait une raison pour accorder au passage à la station verticale plus d'importance qu'à la vasoconstriction des téguments.

Il y a des cas particulièrement démonstratifs de l'influence du lever, par exemple celui de Bour... (obs. XXIII), qui après avoir souffert le matin, se recouche à midi et souffre une heure après s'être relevé, à 5 heures. Il y a le cas de Pu... (obs. XVI), qui se lève chaque semaine à des heures variables suivant son service et souffre à des heures qui ne sont pas toujours les mêmes (1).

Dans d'autres cas plus rares, il semble aussi que les douleurs ont acquis au bout de quelques jours un caractère de périodicité, qui les rend indépendantes du lever, mais même dans ce cas, il faut tenir compte du lever à l'occasion de la miction et du refroidissement des téguments qui peut en résulter. Il faut noter aussi que certains malades sans se lever, sans quitter

(1) L'heure tardive du lever mentionnée dans quelques-unes de nos observations peut surprendre chez des ouvriers (7 h. 30-8 h.). Il faut noter que ce sont des sujets grippés, déjà malades depuis quelques jours et en repos à la chambre.

leur lit, s'assoient, de telle sorte que leur tête prend la position verticale.

Nous ne prétendons certes pas que cette modalité dans l'horaire de la douleur existe toujours dans la sinusite frontale. Il y a aussi un autre type de douleur, douleur continue, aggravée quand le sujet baisse la tête ou quand elle est congestionnée par les secousses de toux, mais nous croyons que la première est caractéristique et très particulière à la sinusite frontale. On ne l'observe pas dans la sinusite maxillaire pure, peut-être parce qu'on a peu l'occasion d'observer la sinusite maxillaire aiguë, mais plutôt, parce que le passage de la position horizontale à la position verticale ne met pas le pus plus étroitement en contact avec l'ostium maxillaire, celui-ci n'occupant pas dans le sinus une situation déclive, et ayant un trajet très court.

H. ROYET, un rhinologiste lyonnais qui a écrit dans les dernières années du précédent siècle et dans les toutes premières de celui-ci, consacre à cette question une courte note en 1906 et dit que le fait avait été précédemment signalé par GRADENIGO. Il apporte cinq observations succinctes, dont deux de sinusite maxillaire, une de sinusite fronto-maxillaire aiguë, une de sinusite frontale, une de sinusite frontale et ethmoïdale et ne fait de ces divers cas aucune différence dans l'horaire de la douleur qu'il attribue à une sorte de périodicité comparable à celle qui régit les oscillations thermiques des pyrexies. Nous avons dit plus haut pour quelles raisons nous adoptions une manière de voir différente.

Ce signe, nous le reconnaissons volontiers, ne mé-

rite pas qu'on s'en exagère l'importance : la rhinologie moderne a à sa disposition, surtout depuis la radiographie, assez de moyens pour ne pas méconnaître une sinusite frontale; nous ne parlons pas de la simple diaphanoscopie, dont les renseignements sont mis trop souvent en défaut par l'asymétrie des sinus frontaux dont le faible développement unilatéral peut en imposer pour de l'opacité. Mais la notion de l'horaire de la douleur peut rendre des services au praticien non outillé: elle peut en rendre même au spécialiste, qui, dans certains cas, se demande s'il doit attribuer des violentes douleurs paroxystiques à la sinusite ou à la névralgie du sus-orbitaire. Dans les cas typiques, pas de doute, mais n'y a-t-il pas au cours du coryza des névralgies grippales comme en d'autres points de l'économie et, dans d'autres cas, des douleurs névralgiques dues à la coexistence d'une sinusite aiguë? On connaît les signes distinctifs habituellement invoqués : sont-ils toujours suffisants ? Nous croyons que l'horaire de la douleur frontale peut apporter un appoint utile à ce diagnostic différentiel. Une conclusion thérapeutique peut aussi en dériver, puisque dans ces cas bien caractérisés, les applications chaudes prolongées et les applications internes de vasoconstricteurs, tels que l'éphédrine ou l'adrénaline réussiront là où les courants continus, l'effluation, l'ionisation et les divers toxiques du système nerveux avaient échoué.



## Conclusions

I. — Les douleurs paroxystiques au cours d'une sinusite frontale présentent très souvent un horaire fixe, caractéristique : elles débutent une heure environ après le lever du malade et occupent toute la matinée, se prolongeant plus rarement au delà.

II. — Cet horaire de prédilection est en rapport avec le lever et dépend de deux facteurs :

a) Le passage de la position déclive à la position verticale;

b) La vaso-constriction cutanée produite par le froid extérieur (le refroidissement plantaire surtout).

III. — Ce signe présente une valeur diagnostique pour le praticien ; mais il peut rendre service même au spécialiste, en fournissant un appoint utile pour le diagnostic différentiel avec une névralgie du sus-orbitaire.

IV. — La connaissance de ce signe entraîne, de plus, une conclusion thérapeutique : les applications externes chaudes, prolongées, dans la région du sinus et les pulvérisations endonasales de vaso-constricteurs, tels que l'éphédrine ou l'adrénaline.

|                     |                                  |
|---------------------|----------------------------------|
| <b>Vu :</b>         | <b>LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,</b> |
| <b>LE DOYEN,</b>    | <b>COLLET.</b>                   |
| <b>JEAN LEPINE.</b> |                                  |

*Vu et permis d'imprimer*

LYON, le 9 Juin 1933.

**LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,**  
**A. LIRONDELLE.**

## Bibliographie

- CASTEX (A.). — *Maladies du larynx, du nez et des oreilles*, 3<sup>e</sup> édition, Paris, 1907, p. 734.
- COLLET (F.-J.). — *Oto-laryngologie avec applications à la neurologie*. Doin, Paris, 1928, p. 393.
- L'horaire de la douleur dans les sinusites frontales. *Bulletin de la Société belge d'O. R. L.* N° 1, 1933, p. 39 et *Lyon Médical*. N° 14, 1933, p. 409.
- DENKER et BRÜNNINGS. — *Lehrbuch der Krankheiten des Ohres und der Luftwege*. Jena, 1923, p. 334.
- ESCAT (E.). — *Technique oto-rhino-laryngologique*. 3<sup>e</sup> édition, 1921, p. 64.
- GAREL (J.). — *Diagnostic et traitement des maladies du nez*. 3<sup>e</sup> édition, p. 381.
- KÖRNER (O.). — *Lehrbuch der Ohren, Nasen und Kehlkopfkrankheiten*. Wiesbaden, 1914, p. 115.
- LANNOIS (M.). — *Maladies des oreilles, du nez, du pharynx et du larynx*, 1908, p. 82.
- LAURENS (G.). — *Oto-rhino-laryngologie du médecin praticien*, 1912, p. 244.
- LAURENS, AUBRY et LEMARIEY. — *Précis d'O. R. L.* Paris, 1931.

LERMOYEZ. — *Thérapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus et du pharynx nasal*, 1896, Tome II, p. 123.

MOURE et BRINDEL. — *Maladies de la gorge, du larynx, des oreilles et du nez*. 2<sup>e</sup> édition, Paris, 1914, p. 510.

THOMSON (S.). — *Diseases of the nose and throat*, 3<sup>e</sup> édition, Londres, 1926, p. 256.

TURNER (L.). — *Diseases of the nose, throat and ear*, 3<sup>e</sup> édition, Bristol, 1932, p. 66.



